

## Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce. Ile nas kosztuje ochrona zdrowia?

Kazimierz Ryć

Zofia Skrzypczak

*Artykuł poświęcony jest omówieniu źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce w latach 1995-2003. O ile określenie poziomu finansowania ze źródeł publicznych nie budzi wątpliwości, to określenie poziomu finansowania ze źródeł prywatnych nie jest jednoznaczne.*

*W wielu publikacjach krajowych, w informacjach zawartych w wydawnictwach statystyki międzynarodowej finansowanie prywatne w Polsce utożsamia się zazwyczaj z wydatkami prywatnymi gospodarstw domowych na ochronę zdrowia, szacowanymi na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych.*

*Autorzy starają się wykazać, że takie szacunki poziomu finansowania prywatnego są niepoprawne metodologicznie i dają zaniżony obraz wkładu podmiotów prywatnych w polski system ochrony zdrowia, przez co łączna suma środków finansowych znajdujących się w systemie ochrony zdrowia jest poważnie niedoszacowana.*

Gdy spojrzymy na statystyki międzynarodowe, to stwierdzimy, że wielkość nakładów na ochronę zdrowia w Polsce jest, w porównaniu z innymi krajami, a nawet najbliższymi sąsiadami, żenująco niska, zarówno w wielkościach bezwzględnych, jak też w proporcji do produktu krajowego brutto (PKB).

W dużym stopniu wynika to z tego, że do międzynarodowych instytucji gromadzących dane statystyczne Polska podaje dane zaniżone. W rezultacie w porównaniach międzynarodowych lokujemy się bliżej „trzeciego świata” niż np. pozostałych krajów Unii Europejskiej<sup>1</sup>.

Niskie, w porównaniu z innymi krajami, nakłady mogą być usprawiedliwieniem dla niskiego poziomu świadczeń zdrowotnych. Jak wiadomo, nie tylko nakłady, lecz i sposób zarządzania systemem ochrony zdrowia odpowiada za ocenę tego systemu przez Polaków.

Ile faktycznie wydajemy na ochronę zdrowia ze środków publicznych i prywatnych? Na to pytanie spróbujemy odpowiedzieć w artykule.

Pojęciem ochrona zdrowia – w szerokim znaczeniu – określa się wszelkie działania, które są bezpośrednio lub pośrednio związane z zapobieganiem chorobom, utrzymaniem i poprawieniem stanu zdrowia społeczeństwa. W węższym znaczeniu pojęcie „ochrona zdrowia” odnosi się przede wszystkim do funkcji,

jakie spełnia podsystem infrastruktury społecznej, który przez świadczenie odpowiednich usług (profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, opiekuńczo-leczniczych) zaspokaja potrzeby zdrowotne ludności.

Przez system opieki zdrowotnej rozumiemy elementy rzeczowe i ludzkie infrastruktury, służące do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności, włącznie z regułami prawno-administracyjnymi jej funkcjonowania. Tworzą go podmioty działające na rynku w sektorze publicznym i prywatnym, instytucje ubezpieczeń zdrowotnych oraz administracja rządowa i samorządowa, których zadania wiążą się z ochroną zdrowia.

**Środki na finansowanie ochrony zdrowia** (opieki zdrowotnej), pochodzące z różnych źródeł, najogólniej można podzielić na **publiczne i prywatne**. W ten sposób klasyfikuje się wydatki na ochronę zdrowia, zarówno w statystyce krajowej, jak i międzynarodowej.

Do **źródeł publicznych** zalicza się budżet państwa, budżety jednostek samorządowych, obligatoryjne ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, obligatoryjne programy lub fundusze zdrowotne z określeniem źródeł ich finansowania. Całkowite wydatki publiczne obejmują wydatki rządowe i samorządowe, jak również wydatki instytucji ubezpieczeń społecznych.

**Wydatki prywatne gospodarstw domowych** na ochronę zdrowia są ponoszone przez mieszkańców danego kraju w formie bezpośrednich zakupów leków, świadczeń zdrowotnych w prywatnym bądź publicznym sektorze zdrowotnym, w postaci opłat i dopłat do świadczeń otrzymywanych w ramach publicznego sektora zdrowotnego, w formie wykupu komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ponadto, do wydatków prywatnych trzeba zaliczyć także wydatki przedsiębiorstw na zakładową służbę zdrowia, dodatkowe (ponadobowiązkowe) ubezpieczenia zdrowotne pracowników oraz wykupywane przez firmy dla pracowników abonamenty w prywatnych placówkach służby zdrowia.

## 1. Środki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce

Do 1998 roku głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych w Polsce był budżet państwa. Rozdysponowanie środków z budżetu państwa odbywało się głównie za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia i wojewodów – jako przedstawicieli organów administracji państwa i samorządu terytorialnego. Udział budżetów jednostek samorządu terytorialnego (gmin) w finansowaniu ochrony zdrowia od czasu ich powstania (w 1991 r.), chociaż wzrastał z roku na rok, był niewielki i zróżnicowany w poszczególnych gminach. Wydatki gmin stanowiły ok. 10% środków publicznych, przeznaczonych na opiekę zdrowotną. Gminy realizowały zadania w zakresie opieki zdrowotnej za pomocą środków własnych oraz środków przekazywanych z budżetu państwa w formie dotacji i subwencji.

Do roku 1998 środki finansowe z budżetu państwa (z działu ochrona zdrowia), obok Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, otrzymywały także: Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Transportu, Ministerstwo Gospodarki Morskiej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Finansów, Urząd

Kultury Fizycznej i Turystyki oraz Komitet Badań Naukowych. Wymienione ministerstwa, poza Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej, finansowały resortowe jednostki opieki zdrowotnej.

Z budżetu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej finansowane były jednostki podległe ministerstwu: szpitale kliniczne i instytutowe (ok. 55% środków budżetu ministerstwa na ochronę zdrowia w roku 1998)<sup>2</sup>, stacje sanitarno-epidemiologiczne (11% środków), leczenie sanatoryjno-klimatyczne (8%) itd. Integralną częścią budżetu państwa był budżet województw, z którego w dziale „ochrona zdrowia” finansowano przede wszystkim: szpitale ogólne (52%), lecznictwo ambulatoryjne (19%), pogotowie ratunkowe (3,9%), wojewódzkie zespoły psychiatryczne (3,8%) itd. Budżety gmin w 1998 roku, z kwoty przeznaczonej na opiekę zdrowotną, finansowały przede wszystkim: lecznictwo ambulatoryjne (62%), szpitale ogólne (21%), przeciwdziałanie alkoholizmowi (6%) itd.

Zmiana systemu finansowania opieki zdrowotnej z budżetowego na ubezpieczeniowy, w związku z wprowadzeniem powszechnych obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych od 1 stycznia 1999 roku, spowodowała m.in. zmiany dysponentów środków finansowych na poziomie centralnym.

Obecnie fundusze na ochronę zdrowia z budżetu państwa, obok Ministerstwa Zdrowia, otrzymuje Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji i Ministerstwo Obrony Narodowej – na finansowanie resortowych instytucji opieki zdrowotnej, oraz Ministerstwo Edukacji, Krajowy Urząd Pracy i Zakład Ubezpieczeń Społecznych – na opłacenie składek ubezpieczeń zdrowotnych oraz świadczeń osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia społecznego (niektórych uczniów i studentów, osób bezrobotnych, emerytów i rencistów). Także z budżetu Ministerstwa Zdrowia (z działu ochrona zdrowia) finansowane są składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

Inne ważniejsze wydatki w budżecie Ministerstwa Zdrowia w tym dziale stanowią wydatki na szpitale kliniczne, wysoko specjalistyczne procedury medyczne, programy polityki zdrowotnej itp.

Począwszy od roku 1999, największa część środków publicznych na finansowanie świadczeń zdrowotnych (ponad 80%) pochodzi z opłacanej przez podatników składki na ubezpieczenia zdrowotne. Poborem i ewidencjonowaniem składek zajmują się odpłatnie Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), które przekazują zebrane fundusze Narodowemu Funduszowi Zdrowia (wcześniej – Kasom Chorych).

Zgodnie z nowymi rozwiązaniami systemowymi Minister Zdrowia pokrywa koszty m.in. budowy szpitali, zakup drogiego sprzętu medycznego, specjalistyczne zabiegi medyczne (np. przeszczepy serca, szpiku kostnego, tomografia komputerowa), koszty kształcenia kadry medycznej, badania naukowe, ogólnopolskie programy promocji zdrowia i profilaktyki.

Kasy ubezpieczeń zdrowotnych płać za porady lekarskie, badania diagnostyczne, leczenie szpitalne i lekarstwa osób ubezpieczonych. Pieniądze do funduszu ubezpieczeniowego wpływają ze składek społeczeństwa. Wysokość składki

jest uzależniona od dochodów osoby ubezpieczonej i odlicza się je od podatku dochodowego.

Pojawienie się nowego płatnika za świadczenia zdrowotne miało się przyczynić do poprawy finansowania opieki zdrowotnej, dzięki zapewnieniu dodatkowego dopływu pieniądza na stałym poziomie – niezależnie od kondycji budżetu państwa i decyzji ministra finansów czy ministra zdrowia. Kasy ubezpieczeń zdrowotnych – najpierw Kasy Chorych, a teraz Narodowy Fundusz Zdrowia – zawierają umowy kontraktowe na usługi zdrowotne, które oznaczają przejście od finansowania uzależnionego od ilości łóżek i liczby personelu na rzecz finansowania faktycznie wykonanych usług medycznych.

Jest to ubezpieczenie obowiązkowe i powszechne. Na początku wysokość składki ustalono na poziomie 7,5% wielkości dochodów brutto pracowników w formie tax-credit. Składka jest w pełni kompensowana obniżeniem wpływów z podatku dochodowego, co oznacza zmniejszenie dochodów budżetu państwa o kwotę odprowadzanych składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Głównymi płatnikami opieki zdrowotnej w Polsce od 1 stycznia 1999 roku stały się Kasy Chorych (16 regionalnych i jedna kasa dla pracowników służb mundurowych i Polskich Kolei Państwowych). Od 1 kwietnia 2003 roku Kasy Chorych zostały zastąpione Narodowym Funduszem Zdrowia. Równocześnie z budżetu centralnego finansowana jest część opieki zdrowotnej: drogie, wysoko specjalistyczne procedury medyczne, programy polityki zdrowotnej, ratownictwo medyczne, publiczna służba krwi, inspekcja sanitarna świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

W art. 25 Ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku, znowelizowanej 18 lipca 1998 roku, o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym wskazano grupy ubezpieczonych, których składki na ubezpieczenie zdrowotne finansowane są z budżetu państwa.

Informacje o wysokości wydatków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1995-2003 oraz o ich relacji w stosunku do produktu krajowego brutto (PKB) zawiera tabela 1.

Wysokość wydatków publicznych (budżet państwa i budżety samorządów terytorialnych) jest dla lat 1995-1997 nieco zawyżona; nie ustalono bowiem i nie wyeliminowano przepływu środków między tymi jednostkami. Dane dotyczące roku 1998 i lat następnych są już precyzyjne – przepływy środków między budżetem centralnym a budżetami samorządów terytorialnych zostały wyeliminowane (nie wystąpiło już podwójne liczenie).

W latach 1995-1998 wydatki z budżetu państwa stanowiły ok. 90% wydatków publicznych na ochronę zdrowia. W roku 1999 – w wyniku reformy systemu ochrony zdrowia – pojawił się nowy podmiot finansowania: Kasy Chorych, zastąpione w kwietniu 2003 roku Narodowym Funduszem Zdrowia. Ten nowy podmiot stał się dominującym źródłem publicznego finansowania ochrony zdrowia w Polsce (tabela 2) – w latach 1999-2004 jego udział w finansowaniu publicznym przekraczał 80% (z tendencją wzrostową).

W tabeli 1. przedstawiono również stosunek publicznego finansowania ochrony zdrowia do PKB oraz spożycia ogółem – elementu podziału ostatecznego PKB.

Wyszczególnienie	Lata	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1. Budżet państwa		13 132,6	16 742,0	18 891,9	20 919,5	6 312,6	4 300,0	4 600,8	3 594,1	3 714,4
2. Budżety samorządów terytorialnych		1 510,7	1 909,8	2 475,1	2 899,5	2 043,3	2 689,7	3 473,8	1 974,4	1 910,0
3. Kasy Chorych/Narodowy Fundusz Zdrowia		-	-	-	-	23 538,4	23 784,5	27 534,8	28 675,9	29 213,6
4. Razem wydatki publiczne <sup>3</sup>		14 643,2	18 651,8	21 367,0	23 204,1	28 589,4	28 781,4	32 840,1	32 716	33 330
5. PKB w cenach rynkowych		329567,1	414424,7	504133,0	589361,3	652517,1	723886,3	760595,3	781112,4	816080,6
6. Udział wydatków publicznych w PKB (%)		4,4	4,5	4,3	3,9	4,4	4,0	4,3	4,2	4,1
7. Spożycie		240162,4	309040,3	376721,7	437560,0	492391,1	592643,9	630851,2	659971,0	681313,1
8. Udział wydatków publicznych w spożyciu ogółem (%)		6,1	6,0	5,7	5,3	5,8	4,9	5,2	5,0	4,9

Tab. 1. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w latach 1995-2003 (mln zł). Źródło: zestawienie i obliczenia własne na podstawie wydawnictw GUS: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia z lat 1995-2003, Rocznik Statystyczny 2000 i 2004.

Wyszczególnienie	Lata	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1. Wydatki publiczne		14 643,2	18 651,8	21 367,0	23 204,1	28 589,4	28 781,4	32 840,1	32 716,0	33 330,0
2. W tym: Kasy Chorych/NFZ		-	-	-	-	23 538,4	23 784,5	27 534,8	28 675,9	29 213,6
3. Udział Kas Chorych/NFZ w finansowaniu publicznym (%)		-	-	-	-	83,2	82,6	83,8	87,7	87,6
4. Stopa wzrostu wydatków publicznych (%)		-	27,4	14,6	8,6	23,2	0,7	14,1	-0,4	1,9
5. Stopa wzrostu środków Kas Chorych/NFZ (%)		-	-	-	-	-	1,0	15,8	4,1	1,9

Tab. 2. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1995 - 2003 (wg cen bieżących, mln zł). Źródło: zestawienie i obliczenia własne na podstawie wydawnictwa GUS Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w latach 1995-2003, Warszawa 1996-2004.

Relacja wydatków publicznych na ochronę zdrowia do PKB w całym analizowanym okresie oscylowała wokół 4%, z tendencją spadkową charakterystyczną dla ostatnich 5 lat. Relacja wydatków publicznych na ochronę zdrowia do wartości spożycia wykazywała niewielką tendencję spadkową: w latach 1995-1996 oscylowała wokół 6%, a w latach 2000-2003 obniżyła się do ok. 5%.

Stopa wzrostu wydatków (przedstawiona w tablicy 2.) publicznych w Polsce w latach 1996-2003 wykazywała dosyć duże wahania, z wyraźną tendencją spadkową (w roku 2002 osiągnęła ona nawet wartość ujemną).

Tempo wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w ostatnich latach, z wyjątkiem roku 2001, wyraźnie słabnie. Należy zatem przyrzeć się temu, co dzieje się z wydatkami prywatnymi i jaka jest dynamika ich zmian.

## 2. Wydatki prywatne na ochronę zdrowia w Polsce

**Wydatki prywatne** na ochronę zdrowia są ponoszone przez mieszkańców danego kraju w formie bezpośrednich zakupów świadczeń zdrowotnych w prywatnym bądź publicznym sektorze zdrowotnym w postaci opłat i dopłat do świadczeń otrzymywanych w ramach publicznego sektora zdrowotnego w formie wykupu komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wydatki te mogą mieć charakter bezpośredni (płatność gotówkowa), związany ściśle z konsumpcją świadczeń zdrowotnych, albo charakter pośredni, poprzez wykup polis ubezpieczeniowych, a więc dokonywanie przedpłat pozwalających na ubezpieczenie się od ryzyka poniesienia wydatków w chwili zaistnienia potrzeby zdrowotnej. Do wydatków prywatnych na ochronę zdrowia zaliczamy również wydatki przedsiębiorstw na ten cel.

Głównym źródłem informacji o wydatkach ludności na ochronę zdrowia są badania budżetów gospodarstw domowych, realizowane corocznie przez Główny Urząd Statystyczny<sup>4</sup>. Są to badania reprezentacyjne gospodarstw domowych, prowadzone metodą rotacji miesięcznej<sup>5</sup>, w których rocznie bierze udział ponad 30 tys. gospodarstw domowych. Wyniki badań są co roku publikowane jako średnie miesięczne wydatki na osobę sklasyfikowane według celów (zgodnie z zalecaną przez Eurostat klasyfikacją COOJCOP/HBS). Stosowana w badaniach metoda reprezentacyjna daje możliwość uogólnienia wyników badanych gospodarstw na całą zbiorowość gospodarstw domowych w Polsce. Na tej podstawie dokonywane są szacunki wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w skali całego kraju (Baran 2004). Wiarygodność wyników badań budżetów gospodarstw domowych obniża wysoki odsetek gospodarstw wylosowanych, ale nie podejmujących badania (odmawiających udziału w badaniu).

GUS prowadzi także cykliczne, realizowane co kilka lat (w roku 1995, 1997, 1999 i 2003) modułowe badania gospodarstw domowych na podgrupie gospodarstw, biorących udział w badaniach budżetów gospodarstw domowych, poświęcone problemom ochrony zdrowia<sup>6</sup>. Dotyczą one przede wszystkim zagadnień związanych z korzystaniem z usług sektora opieki zdrowotnej oraz poziomu wydatków na ochronę zdrowia.

W minionym okresie w Polsce przeprowadzono również badania reprezentacyjne poświęcone warunkom i jakości życia społeczeństwa. Badania te pozwoliły

dokonać szacunku wydatków ludności przeznaczonych na rozmaite cele, w tym także na ochronę zdrowia. Wyniki tych badań zostały przedstawione w publikacjach<sup>7</sup>: *Diagnoza społeczna 2000* i *Diagnoza społeczna 2003*.

Badania budżetów gospodarstw domowych, pozwalające ustalić przeciętne miesięczne wydatki na ochronę zdrowia przypadające na 1 osobę, przy uwzględnieniu liczby ludności w gospodarstwach domowych lub liczby ludności w kraju umożliwiają oszacowanie wielkości wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych oraz wydatków bezpośrednich ludności na ochronę zdrowia (wydatków prywatnych na ochronę zdrowia) w Polsce w latach 1995-2003 (tabela 3).

Tak liczone wydatki prywatne gospodarstw domowych na ochronę zdrowia są powszechnie wykorzystywane w publikacjach, poświęconych finansowaniu ochrony zdrowia. Te wielkości są podawane w biuletynach statystyki międzynarodowej, np. Główny Urząd Statystyczny przekazuje od kilku lat do OECD dane o wydatkach bezpośrednich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia określone na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych, używając argumentu, że badania budżetów są badaniami ciągłymi, co zapewnia coroczne szacowanie tych wydatków tą samą metodą (Baran 2004).

Konfrontacja wysokości średnich wydatków na ochronę zdrowia na 1 osobę liczonych o oparciu o badania budżetów gospodarstw domowych z wynikami badań modułowych dla roku 1999 i 2003 pokazuje dosyć dużą rozbieżność między nimi – wyniki badań budżetów zawierają kwoty niższe niż badania modułowe<sup>8</sup>. Fakt ten powoduje, że szacunkowe wielkości wydatków prywatnych gospodarstw domowych na ochronę zdrowia, bazujące na wynikach badań budżetów, nazywane są „minimalnymi wydatkami gospodarstw domowych” (Ministerstwo Zdrowia 2004: 32).

W tabeli 4. zestawiono wydatki publiczne na ochronę zdrowia i wydatki prywatne, oszacowane w oparciu o wyniki badań budżetów gospodarstw domowych; ich sumę przyjmuje się często jako ogół wydatków na ochronę zdrowia w Polsce. Wydatki prywatne gospodarstw domowych, oszacowane w oparciu o wyniki badań budżetów – nazywane również bezpośrednimi wydatkami ludności – stanowią ok. 30% ogółu wydatków na ochronę zdrowia. W świetle tych danych relacja wydatków całkowitych na ochronę zdrowia do PKB utrzymywała się w latach 1995-2003 na poziomie ok. 6%; z niewielką tendencją spadkową w ciągu ostatnich trzech lat (spadek o ok. 0,1 punktu procentowego). Relacja wydatków całkowitych na ochronę zdrowia do wartości spożycia z poziomu ok. 8% w latach 1995-1999 spadła do ok. 7% w latach 2000-2003.

Poziom wydatków na ochronę zdrowia i ich udział w wydatkach ogółem znacznie różnią się w poszczególnych typach gospodarstw domowych (grupach społecznych) (Skrzypczak, Haczyński 2004). To duże zróżnicowanie poziomu wydatków na ochronę zdrowia gospodarstw domowych w powiązaniu ze zróżnicowaną strukturą gospodarstw powoduje, iż posługiwanie się wielkościami średnimi przy szacowaniu wydatków na ochronę zdrowia w skali całego kraju opatrzone jest dużym prawdopodobieństwem znacznego błędu.

Czy określone w powyższy sposób wydatki na ochronę zdrowia można traktować jako całkowite wydatki na ten cel?

Wyszczególnienie	Lata	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Miesięczne wydatki na 1 osobę (zł)		9,64	12,56	16,22	21,35	23,69	26,63	27,58	28,32	30,24
Liczba ludności (tys.)		38 609	38 639	38 660	38 667	38 654	38 254	38 242	38 219	38 191
<b>Roczne wydatki ludności (mln zł)</b>		<b>4 466,3</b>	<b>5 823,5</b>	<b>7 524,8</b>	<b>9 906,4</b>	<b>10 988,6</b>	<b>12 224,4</b>	<b>12 656,6</b>	<b>12 988,3</b>	<b>13 858,8</b>

Tab. 3. Wydatki bezpośrednie (prywatne wydatki) gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1995 – 2003 (liczone w oparciu o badania budżetów gospodarstw domowych). Źródło: obliczenia własne na podstawie wydawnictwa GUS: Warunki życia ludności oraz Rocznik Statystycznego z lat 1996-2004.

Wyszczególnienie	Lata	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1. Wydatki publiczne		14 643,2	18 651,8	21 367,0	23 204,1	28 589,4	28 781,4	32 840,1	32 716	33 330
2. Wydatki prywatne		4 466,3	5 823,5	7 524,8	9 906,4	10 988,6	12 224,4	12 656,6	12 988,3	13 858,8
<b>3. Razem</b>		<b>19 109,5</b>	<b>24 475,3</b>	<b>28 891,8</b>	<b>33 110,5</b>	<b>39 578,0</b>	<b>41 005,8</b>	<b>45 496,8</b>	<b>45 704,3</b>	<b>47 188,8</b>
4. Stopa wzrostu wydatków publicznych		-	27,4	14,6	8,6	23,2	0,7	14,1	-0,4	1,9
5. Stopa wzrostu wydatków prywatnych		-	30,4	29,2	31,7	10,9	11,2	3,5	2,6	6,7
6. Udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem (%)		23,4	23,8	26,0	30,1	27,8	29,8	27,8	28,4	29,4
7. PKB w cenach rynkowych		329567,1	414424,7	504133,0	589361,3	652517,1	723886,3	760595,3	781112,4	816080,6
8. Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB (%)		5,8	5,9	5,7	5,6	6,0	5,7	6,0	5,9	5,8
9. Spożycie		240162,4	309040,3	376721,7	437560,0	492391,1	592643,9	630851,2	659971,0	681313,1
10. Udział wydatków na ochronę zdrowia w spożyciu (%)		8,0	7,9	7,7	7,6	8,0	6,9	7,2	6,9	6,9

Tab. 4. Wydatki publiczne i wydatki prywatne gospodarstw domowych (liczone w oparciu o budżety) na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1995 – 2003 (w mln zł). Źródło: zestawienie i obliczenia własne na podstawie tabeli 1. i 3.



### 3. Jak ustalić wysokość rzeczywistych wydatków prywatnych na ochronę zdrowia?

Rodzi się w tym miejscu zasadnicze pytanie: dlaczego przy określaniu wysokości wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia nie uwzględnia się informacji zawartych w Roczniku Statystycznym, w dziale „Rachunki Narodowe”, pokazujących spożycie indywidualne (z dochodów osobistych) w sektorze gospodarstw domowych w pozycji rodzajowej: „Zdrowie”<sup>9</sup>?

Zgodnie z definicją zawartą w dziale „Rachunki Narodowe”: „...spożycie indywidualne w sektorze gospodarstw domowych (z dochodów osobistych) (...) obejmuje: wydatki poniesione przez ludność na zakup produktów (wyrobów i usług) wycenianych w cenach płaconych przez konsumentów (...)”<sup>10</sup>.

Wydawałoby się zatem, że ta właśnie pozycja odzwierciedla precyzyjnie wielkość wydatków poniesionych na zakup leków, sprzętu medycznego, usług medycznych itp. przez gospodarstwa domowe, dokonanych dzięki posiadanym środkom finansowym (niezależnie od ich źródła pochodzenia – wynagrodzenia, emerytury, renty, stypendia, zasiłki dla bezrobotnych, zapomogi, darowizny itd.).

Za tezę o adekwatności tej pozycji do faktycznie poniesionych przez gospodarstwa domowe wydatków na ochronę zdrowia przemawia fakt, iż w rachunkach narodowych dokonuje się szacunku „szarej gospodarki”<sup>11</sup>, a zatem doszacowana jest np. wartość usług medycznych świadczonych odpłatnie przez lekarzy, prowadzących praktyki prywatne i niemających podpisanej umowy o kontraktowanie świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W tabeli 5. zawarto informację o wartości „spożycia indywidualnego w sektorze gospodarstw domowych w pozycji Zdrowie” – są to wydatki gospodarstw domowych z dochodów osobistych przeznaczone na zakup dóbr i usług związanych z ochroną zdrowia. Ich udział w wydatkach z dochodów osobistych wykazuje tendencję wzrostową – z 3,1% w roku 1995 wzrósł do 4% w roku 1998, w latach 1999-2003 przekraczał, nadal rosnąc, poziom 4%. w latach 2002-2003 udział wydatków na ochronę zdrowia stanowił 4,7% spożycia z dochodów osobistych.

Porównanie danych z tabeli 5. – wydatków z dochodów osobistych na ochronę zdrowia, i tabeli 3. – tzn. szacunków wydatków prywatnych gospodarstw domowych, opartych na badaniach budżetów uwidacznia bardzo dużą – i pogłębiającą się w czasie – rozbieżność między analizowanymi wielkościami (patrz wykres 1.).

Skąd wynika ta rozbieżność? Nasuwają się w tym względzie m.in. następujące uwagi:

- informacje o wydatkach na ochronę zdrowia podawane przez gospodarstwa domowe mogą być zaniżone – do pewnych wydatków ankietowani się nie przyznają, np. na aborcję, a pewne zakupy „umykają ich uwadze”, np. leki OTC (aspiryna) kupione w supermarkecie lub na stacji benzynowej;
- znaczna odmowa udziału w badaniach może powodować, że obraz wydatków gospodarstw domowych jest zniekształcony, np. nie mamy informacji, kto odmawia, a mogą odmówić udziału osoby przewlekłe, poważnie czy nie-

Wyszególnienie	Lata	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1. Spożycie ogółem w sektorze gospodarstw domowych		231 066,3	281 229,1	341 587,4	396 937,1	448 109,9	527 047,1	558 542,9	585 485,6	607 308,7
2. Zdrowie		20 234,2	23 064,1	26 176,1	34 067,2	39 218,1	48 081,3	50 405,7	54 248,2	55 957,8
3. % udział (2 : 1)		8,7	8,2	7,7	8,5	8,8	9,1	9,0	9,3	9,2
4. Spożycie indywidualne w sektorze gospodarstw domowych		196 250,7	241 904,6	296 649,3	346 936,0	391 941,6	455 405,2	486 504,1	510 816,5	530 032,7
5. Zdrowie		6 195,4	8 464,4	11 264,5	14 003,7	16 585,2	19 192,9	21 330,9	24 111,7	24 769,0
6. % udział (5 : 4)		3,1	3,5	3,8	4,0	4,2	4,2	4,4	4,7	4,7
7. Zdrowie - spożycie indywidualne w spożyciu ogółem, % udział (5 : 2)		30,6	36,7	43,0	41,1	42,3	39,9	42,3	44,4	44,3

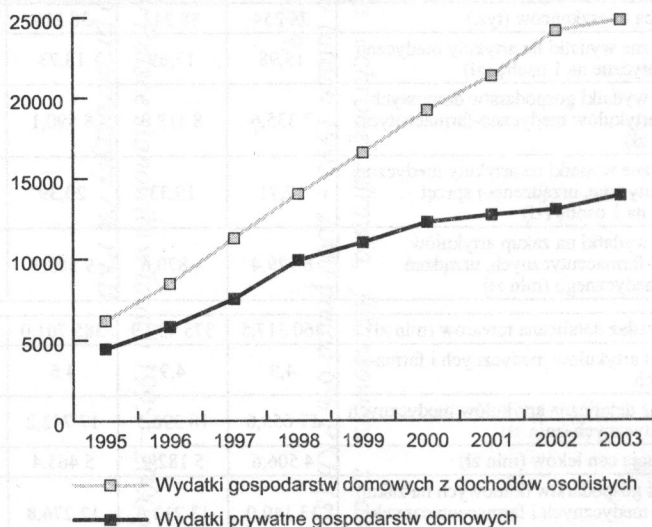
Tab. 5. Wydatki na ochronę zdrowia w ogólnym spożyciu i spożyciu indywidualnym w sektorze gospodarstw domowych w Polsce w latach 1995 - 2003 (mln zł, ceny bieżące). Źródło: zestawienie i obliczenia własne na podstawie Rocznika Statystycznego 2000 i 2004, GUS Warszawa 2001 i 2004.

uleczalnie chore, ponoszące znaczne wydatki na zakup leków, badania wykonywane odpłatnie itp.;

- ustalanie wydatków całego społeczeństwa w oparciu o przeciętne wydatki na 1 osobę, przy dużym zróżnicowaniu wydatków w grupach społecznych, grupach dochodowych, w przekroju miasto – wieś, rodzi niebezpieczeństwo znacznego zniekształcenia (zaniżenia) uzyskanego wyniku;

- badania budżetów gospodarstw domowych nie obejmują osób przebywających w wojsku, znajdujących się w więzieniach, zgromadzonych w zakonach;

- wydatki na ochronę zdrowia, oparte na badaniach budżetów gospodarstw domowych, nie uwzględniają nakładów ponoszonych na zakup rozwijających się ubezpieczeń zdrowotnych, zarówno w sektorze ubezpieczeniowym, jak i w tzw. sektorze quasi-ubezpieczeniowym (abonamentowym), a także kosztów zakupu polis ubezpieczeniowych.



Wykres 1. Zestawienie wydatków prywatnych gospodarstw domowych na ochronę zdrowia opartych o badania budżetów i rachunki narodowe w Polsce w latach 1995-2003. Źródło: tabela 3. i 5.

Potwierdzeniu tezy o zaniżeniu wydatków gospodarstw domowych, określanych w oparciu o badania budżetów, posłużyć mogą dane zawarte w tabeli 6.

Zostały w niej zestawione, policzone dla lat 2000-2003, wydatki prywatne na zakup artykułów medyczo-farmaceutycznych (dominująca pozycja wydatków na ochronę zdrowia) trzema metodami, w oparciu o trojakiemu rodzaju źródła informacji:

- 1) wykorzystano wyniki badań budżetów gospodarstw domowych – przeliczono miesięczne wydatki na zakup artykułów medyczo-farmaceutycznych, przypadające na 1 osobę (ujęcie mikroekonomiczne) – jak to się czyni przy liczeniu wydatków ogółem – na skalę makroekonomiczną, ustalając przybliżone wydatki ludności na zakup artykułów medyczo-farmaceutycznych;
- 2) wykorzystano GUS-owską informację o sprzedaży detalicznej towarów, procentowy udział w sprzedaży artykułów medycznych i farmaceutycznych oraz kwotę refundacji leków przez Narodowy Fundusz Zdrowia – wielkością rezydualną jest w tym wypadku kwota wydatków ludności na zakup artykułów medycznych i farmaceutycznych;
- 3) wykorzystano dane IMS o wartości rynku farmaceutycznego w cenach producenta, doszacowano marżę handlową i ustalono przybliżoną wartość rynku farmaceutycznego wg cen detalicznych; po odjęciu wartości refundacji leków.

Wyszczególnienie	Lata			
	2000	2001	2002	2003
I - 1. Liczba mieszkańców (tys.)	38 254	38 242	38 219	38 191
2. Miesięczne wydatki na artykuły medyczo-farmaceutyczne na 1 osobę (zł)	15,98	17,69	18,73	19,88
3. Roczne wydatki gospodarstw domowych na zakup artykułów medyczo-farmaceutycznych (mln zł)	7 335,6	8 118,0	8 590,1	<b>9 110,8</b>
4. Miesięczne wydatki na artykuły medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny na 1 osobę (zł)	17,71	19,33	20,39	21,71
5. Roczne wydatki na zakup artykułów medyczo-farmaceutycznych, urządzeń i sprzętu medycznego (mln zł)	8 129,4	8 870,6	9 603,1	<b>9 949,3</b>
II - 1. Sprzedaż detaliczna towarów (mln zł)	360 317,5	375 437,9	385 701,0	401 372,5
2. % udział artykułów medycznych i farmaceutycznych	4,9	4,9	4,6	4,8
3. Sprzedaż detaliczna artykułów medycznych i farmaceutycznych (mln zł)	17 655,6	18 396,5	17 742,2	19 265,8
4. Refundacja cen leków (mln zł)	4 506,6	5 182,9	5 465,4	6 355,7
5. Wydatki gospodarstw domowych na zakup artykułów medycznych i farmaceutycznych (mln zł)	13 149,0	13 213,6	12 276,8	<b>12 910,1</b>
III - 1. Wartość rynku farmaceutycznego wg cen producenta (mld zł)	10,02	11,09	11,57	13,08
2. Wartość w/w rynku wg przybliżonych cen detalicznych (mld zł)	15,77	17,45	18,21	20,58
3. Refundacja leków (mld zł)	4,5	5,2	5,5	6,4
4. Wartość zakupów na rynku farmaceutycznym (mld zł)	11,22	12,25	12,71	<b>14,18</b>

Tab. 6. Wydatki prywatne na zakup artykułów medyczo-farmaceutycznych w Polsce w latach 2000-2003. Źródło: I – obliczenia własne na podstawie wydawnictwa GUS „Budżety gospodarstw domowych”; II – obliczenia własne na podstawie Rocznika Statystycznego GUS; III – obliczenia na podstawie danych IMS.

Metoda pierwsza, czyli oparcie się na wynikach badań budżetów gospodarstw domowych, daje zdecydowanie najniższy rezultat. Szacunki wydatków prywatnych, oparte na danych GUS-owskich, dotyczących sprzedaży detalicznej towarów (metoda druga) i danych IMS, obrazujących wartość polskiego rynku farmaceutycznego (metoda trzecia), przynoszą o ok. 50% wyższe wyniki.

Można więc domniemywać, że jeszcze bardziej zaniżonymi, z przyczyn, o których była mowa powyżej, są dane zawarte w badaniach budżetów gospodarstw domowych, a dotyczące wydatków np. na zakup usług medycznych.

Z powyższych powodów formułujemy zatem tezę, iż badania budżetów gospodarstw domowych przynoszą najprawdopodobniej znacznie zaniżone informacje o wydatkach – wydatki na ochronę zdrowia szacowane w skali gospodarki narodowej, a oparte na danych mikroekonomicznych, nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów ponoszonych przez społeczeństwo.

Blizszy rzeczywistości obraz faktycznie poniesionych przez społeczeństwo bezpośrednich obciążeń związanych z ochroną zdrowia przynoszą dane zawarte w tzw. rachunkach narodowych. W tabeli 7. zestawiono dane o wydatkach publicznych na ochronę zdrowia i wydatkach prywatnych z dochodów osobistych, opartych na rachunkach narodowych.

Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia, finansowane z dochodów osobistych (oparte na rachunkach narodowych) stanowiły w latach 1995-2000 ponad 6% PKB (systematycznie rosąc), a w latach 2001-2003 nieco przekroczyły 7% PKB.

Jeżeli zatem wydatki prywatne na ochronę zdrowia utożsamimy jednak ze spożyciem z dochodów osobistych (rachunki narodowe), to ich udział w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia (tabela 7) w minionym dziesięcioleciu systematycznie rósł – z poziomu około 30% w roku 1995, w latach 1996-1999 przekroczył 30%, w latach 2000-2001 osiągnął poziom ok. 40%, by w latach 2002-2003 przekroczyć 42%.

Jeżeli więc – szacowany w oparciu o wyniki badań budżetów gospodarstw domowych – ok. 30% udział wydatków prywatnych pozwolił zaliczyć Polskę do grupy krajów o najwyższym udziale wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem, to przekroczenie poziomu 40% – przy wykorzystaniu danych o wydatkach z dochodów osobistych – świadczy o ogromnym ciężarze ochrony zdrowia ponoszonym przez społeczeństwo (tabela 8.). Z przedstawionych w tabeli 8. krajów tylko Grecję charakteryzuje wyższe obciążenia podmiotów prywatnych wydatkami na ochronę zdrowia.

W tabeli 8. celowo nie umieściliśmy Polski (udział wydatków publicznych ok. 58%), ponieważ nie byliśmy w stanie zagwarantować zgodności metodologii liczenia. Wątpliwości nasze budzi np. informacja dotycząca Czech, zgodnie z którą środki publiczne miały liczący 91,4% udział w finansowaniu ochrony zdrowia. Czy tam w istocie nie ma np. „szarej strefy”?

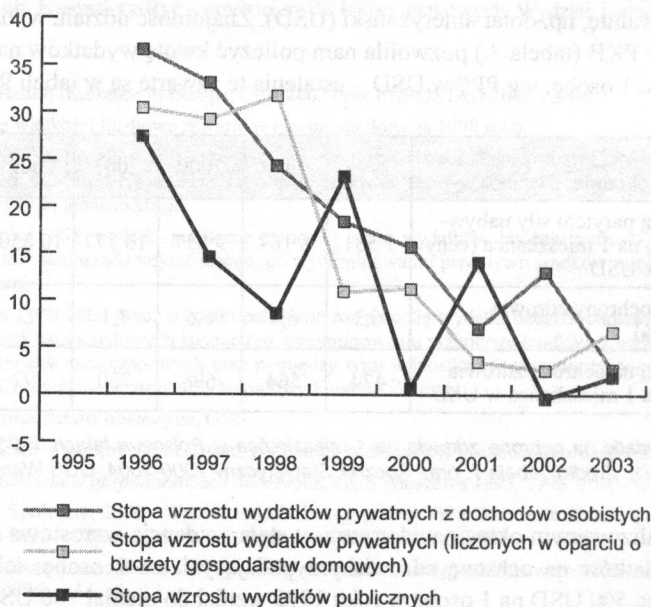
Wyszczególnienie Lata	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1. Wydatki publiczne	14 643,2	18 651,8	21 367,0	23 204,1	28 589,4	28 781,4	32 840,2	32 716,0	33 330,0
2. Wydatki prywatne / z dochodów osobistych/	6 195,4	8 464,4	11 264,5	14 003,7	16 585,2	19 192,8	21 330,9	24 111,7	24 769,0
3. Razem wydatki na ochronę zdrowia	20 838,6	27 116,2	32 631,5	37 207,8	45 174,6	47 974,2	54 171,1	56 827,7	58 099,0
4. Udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem (% 2:3)	29,7	31,2	34,5	37,6	36,7	40,0	39,4	42,4	42,6
5. Stopa wzrostu wydatków publicznych	-	27,4	14,6	8,6	23,2	0,7	14,1	-0,4	1,9
6. Stopa wzrostu wydatków prywatnych (z dochodów osobistych)	-	36,6	33,1	24,3	18,4	15,7	7,0	13,0	2,7
7. PKB w cenach rynkowych	329 567,1	414 424,7	504 133,0	589 361,3	652 517,1	723 886,3	760 595,3	781 112,4	816 080,6
8. Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB (% 3:7)	6,3	6,5	6,5	6,3	6,9	6,6	7,1	7,3	7,1

Tab. 7. Wydatki publiczne i prywatne (z dochodów osobistych) na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1995-2003 (mln zł). Źródło: zestawienie i obliczenia własne na podstawie tabeli 1 i 5 oraz Rocznika Statystycznego z lat 1995-2004, GUS.

Wyszczególnienie	Lata			
	1999	2000	2001	2002
Czechy	91,5	91,4	91,4	91,4
Francja	76,0	75,8	75,9	76,0
Niemcy	78,6	78,8	78,6	78,5
Grecja	53,4	53,9	53,1	52,9
Węgry	72,4	70,7	69,0	70,2
Portugalia	67,6	69,5	70,6	70,5
Słowacja	89,6	89,4	89,3	89,1
Hiszpania	72,0	71,5	71,3	71,4
Wielka Brytania	80,6	80,9	83,0	83,4

Tab. 8. Udział publicznych wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach całkowitych w wybranych krajach europejskich w latach 1999-2002 (%). Źródło: OECD Health Data, 2004.

Wykres 2. to zestawienie informacji o stopach wzrostu wydatków na ochronę zdrowia: wydatków publicznych, wydatków prywatnych ustalonych w oparciu o badania budżetów gospodarstw domowych i wydatków z dochodów osobistych, opartych na rachunkach narodowych.



Wykres 2. Stopy wzrostu wydatków publicznych, wydatków prywatnych liczonych w oparciu o badania budżetów gospodarstw domowych i wydatków prywatnych opartych na rachunkach narodowych w Polsce w latach 1996-2003. Źródło: tabele 2., 4. i 7.

W latach 1996-2003 wszystkie te stopy wzrostu wykazywały tendencję spadkową. Zdecydowanie niższe tempo wzrostu charakteryzowało wydatki publiczne aniżeli prywatne (poza rokiem 1999 i 2001). Tempo wzrostu wydatków publicznych było również bardzo zróżnicowane, w latach 1998-2003 naprzemiennie malało i rosło, w roku 2002 stopa wzrostu była nawet ujemna.

Stosunkowo niewielką dynamikę wydatków na ochronę zdrowia w ostatnich latach, zarówno ze źródeł publicznych, jak i prywatnych (niezależnie od metody ich liczenia), wiąże się przede wszystkim ze stosunkowo niskim tempem wzrostu gospodarczego (mierzonym wzrostem PKB), wysoką stopą bezrobocia, relatywnie niskimi przeciętnymi dochodami gospodarstw domowych i niewielkim tempem ich wzrostu, a także polityką ograniczania przez państwo publicznych wydatków na ochronę zdrowia.

Wśród ekonomistów zajmujących się finansowymi aspektami ochrony zdrowia spotkać można opinie głoszące, że procent PKB wydawanego na ochronę zdrowia jest jednym z najniższych wskaźników wykorzystywanych w porównaniach międzynarodowych<sup>12</sup>. Często nie ma bowiem związku między zamożnością społeczeństwa a odsetkiem wydatków na ochronę zdrowia. Można znaleźć kraje o różnym poziomie zamożności, ale o tym samym odsetku PKB przeznaczanym na ochronę zdrowia.

Interesujących informacji dostarczyć może zatem wykorzystanie parytetu siły nabywczej pieniądza (ang. *purchasing power parity* – PPP). Statystyka masowa operuje pojęciem PKB na 1 osobę, wg parytetu siły nabywczej w przeliczeniu na jednolitą walutę, np. dolar amerykański (USD). Znajomość udziału wydatków na zdrowie w PKB (tabela 7.) pozwoliła nam policzyć kwotę wydatków na ochronę zdrowia na 1 osobę, wg PPP w USD – ustalenia te zawarte są w tabeli 9.

Wyszczególnienie	Lata						
	1995	1999	2000	2001	2002	2003	
1. PKB wg parytetu siły nabywczej (PPP) na 1 mieszkańca (ceny bieżące) w USD	7 531	8 167	9 837	10 277	10 850	11 477	
2. Udział ochrony zdrowia w PKB (%)	6,3	6,9	6,6	7,1	7,3	7,1	
3. Wydatki na ochronę zdrowia wg PPP na 1 mieszkańca w USD	474	564	698	730	792	<b>814</b>	

Tab. 9. Wydatki na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca w Polsce w latach 1995-2003 (wg PPP, w USD). Źródło: tabela 7. oraz Rocznik Statystyczny 2000-2004, GUS Warszawa.

W analizowanym okresie widoczna jest stała tendencja wzrostowa tak liczonych wydatków na ochronę zdrowia przypadających na 1 osobę; ich poziom z niespełna 500 USD na 1 osobę w roku 1995 wzrósł do niemal 700 USD w roku 2000 i przekroczył 800 USD w roku 2002.

Wydatki na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca (wg PPP) w roku 2003 stanowiły 172% wydatków z roku 1995 i 117% wydatków z roku 2000. Produkt



krajowy brutto w przeliczeniu na 1 mieszkańca (wg PPP) w roku 2003 stanowił 156% PKB z roku 1995 i 116% PKB z roku 2000.

A zatem w Polsce – tak jak w innych krajach – wydatki na ochronę zdrowia rosną w szybszym tempie aniżeli produkt krajowy brutto (obie wielkości: wg PPP, w przeliczeniu na 1 mieszkańca).

Porównanie naszych danych z tabeli 9. z danymi zawartymi w wydawnictwach OECD<sup>13</sup> pozwala sformułować twierdzenie, że przy pełniejszych (dokładniejszych) wyliczeniach całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce – a stwierdziliśmy wcześniej, że nasze ostateczne wyliczenia są też zaniżone, bo np. nie obejmują wydatków prywatnych przedsiębiorstw – obraz naszego kraju na tle pozostałych krajów OECD nie byłby tak dramatycznie niekorzystny, jak się obecnie sugeruje w wielu publikacjach<sup>14</sup>.

Mamy równocześnie świadomość faktu, iż w różnym tempie zmieniają się ceny poszczególnych dóbr i usług konsumpcyjnych w gospodarce, ceny artykułów medyczno-farmaceutycznych i usług medycznych rosną z reguły szybciej, zatem precyzyjniejsze ustalenia i właściwsze relacje między wydatkami na ochronę zdrowia a PKB przyniosłoby oddzielne oszacowanie parytetu siły nabywczej w lekach, sprzęcie i usługach medycznych. I tą drogą spróbujemy pójść w przyszłości.

#### Informacje o autorach

**Dr Zofia Skrzypczak** – adiunkt na Wydziale Zarządzania UW. E-mail: zosia\_sl@wp.pl.

**Prof. dr hab. Kazimierz Ryć** – prodziekan ds. badań naukowych, Wydział Zarządzania UW.

#### Przypisy

<sup>1</sup> Zob. np. Health Insurance in Europe, CEA 2002 oraz EUROSTAD 2002 i 2004.

<sup>2</sup> Wszystkie wielkości liczbowe zawarte w nawiasach dotyczą 1998 roku.

<sup>3</sup> Dla lat 1995-1997 wydatki publiczne stanowią sumę wydatków budżetu państwa i wydatków budżetów samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia (bez wyeliminowania przepływu środków między tymi jednostkami).

Dla roku 1998 wydatki publiczne stanowią sumę wydatków budżetu państwa i wydatków budżetów samorządu terytorialnego, po wyeliminowaniu przepływu środków między tymi jednostkami.

Dla lat 1999-2003 przez wydatki publiczne rozumie się wydatki budżetu państwa i budżetów jednostek samorządowych łącznie (po wyeliminowaniu przepływu środków z budżetu państwa do jednostek samorządowych oraz pomiędzy tymi jednostkami) oraz koszty ponoszone przez Kasy Chorych i – po zmianie – Narodowy Fundusz Zdrowia.

<sup>4</sup> *Budżety gospodarstw domowych*, GUS.

<sup>5</sup> Każdego roku w kolejnych miesiącach podejmują badania inne gospodarstwa domowe.

<sup>6</sup> *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*, GUS Warszawa 1995, 1998, 2000 i 2003.

<sup>7</sup> *Diagnoza Społeczna 2000 - Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP Warszawa 2001 i Diagnoza Społeczna 2003 - Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP Warszawa 2003.*

<sup>8</sup> *Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia Warszawa 21.12.2004, s. 34, tab. 13.

<sup>9</sup> Wzmiankę o możliwości wykorzystania tej wielkości znajdujemy w „Zielonej Księdze” Ministerstwa Zdrowia, ale tylko przy krótkookresowej prognozie wydatków na ochronę zdrowia (s. 175-176) – „Zakłada się, iż wydatki na ochronę zdrowia mogą być kwantyfikowane jako suma:

- realnych całkowitych wydatków publicznych (...),

- realnych wydatków ludności z dochodów osobistych... na grupę towarów i usług „zdrowie” (rachunki narodowe)”.

<sup>10</sup> Rocznik Statystyczny RP 2004, Dział XXV – Rachunki Narodowe, s. 663.

<sup>11</sup> Op, cit., s. 656

<sup>12</sup> Patrz np. „Zielony bubel” rozmowa z dr Katarzyną Tymowską, *Menedżer Zdrowia*, nr 1/2005.

<sup>13</sup> Zob.: OECD Health Data 2003 i 2004

<sup>14</sup> Zob. : „Wydatki całkowite na ochronę zdrowia per capita w Polsce są wśród krajów OECD najniższe (...) – „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”, Warszawa 12 grudnia 2004, s. 57.

„(...) Poziom wydatków całkowitych na ochronę zdrowia (w USD wg parytetu siły nabywczej) w Polsce na tle innych krajów europejskich jest niski i charakteryzuje się niską dynamiką (...). W 2002 roku wydatki całkowite na ochronę zdrowia w Polsce wyniosły 654 USD wg PPP per capita (OECD Health Data 2004). Jest to poziom najniższy wśród europejskich krajów OECD”, wg A. Sobczak (Sobczak 2004).

## Bibliografia

Baran, A. 2004. Zróżnicowanie wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia. *Polityka Zdrowotna*, t. II.

*Budżety gospodarstw domowych*, GUS Warszawa 1996-2004.

Health Insurance in Europe, CEA 2002.

Ministerstwo Zdrowia. 2004. *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Warszawa.

*Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*, GUS Warszawa.

OECD Health Data 2003 i 2004.

*Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją*, pod kierunkiem S. Golinowskiej, „Trzeci etap reform”, CASE, www.case.com.pl.

*Rocznik Statystyczny RP*, GUS Warszawa 2000 i 2004.

Skrzypczak, Z. i J. Haczyński. 2004. Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach gospodarstw domowych w Polsce w latach 1995-2002. *Problemy Zarządzania*, nr 4/2004.

Sobczak, A. 2004. Poczucie niebezpieczeństwa. *Menedżer Zdrowia*, nr 5/2004.

*Warunki życia ludności*, GUS Warszawa.

Zielony Bubel – rozmowa z dr Katarzyną Tymowską. *Menedżer Zdrowia*, nr 1/2005.